

SZEMÉLYI SÉRÜLTEK KÁRBEJELENTŐ LAPJA (Gépjármű biztosítások alapján történő kárrendezéshez)

Kárszám: <input type="text"/>	Módozat: <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás
-------------------------------	---

A BALESET ADATAI

A baleset ideje: év hó nap óra perc
A baleset helye: ország város/település utca/út hsz./hrsz. Lakott területen kívül:..... út km
A balesetben résztvevő gépjármű(vek) adatai:	
Forgalmi rendszám:	gyártmány/típus:
Forgalmi rendszám:	gyártmány/típus:
Rendőri intézkedés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Rendőrkapitányság:

A SÉRÜLT (ELHUNYT) ADATAI

Név (nőknél leánykori is):			
Születési hely:	Születési idő: év hó nap	
Állampolgárság:	Anyja neve:		
Személyi igazolvány száma:	Telefonszám:		
Lakcím:város/település út/utca hsz./hrsz.		
Bankszámlaszám:	<input type="text"/>		
Ha Önnek keresetvesztéséből származó igénye is van, kérjük az adóazonosító számot kitölteni: <input type="text"/>			
A sérült (elhunyt) személy balesetben való részvételének minősége:	<input type="checkbox"/> gyalogos <input type="checkbox"/> utas <input type="checkbox"/> gépjárművezető		
A sérülés jellege:	<input type="checkbox"/> könnyű <input type="checkbox"/> súlyos <input type="checkbox"/> halálos		
Melyik rendszámú gépkocsiban érte a baleset?			
Ha vezetőként vagy utasként érte a baleset, a biztonsági öve be volt kapcsolva?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
Csak akkor kell kitölteni, ha a sérültet vezetőként érte a baleset:			
Forgalmi engedély száma:	Érvényessége:		
Jogsítvány száma:	Érvényessége:	Kategória:	
A sérültet kórházba szállították a baleset után?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
Melyik kórházba szállították a sérültet?			

A BALESET KÖRÜLMÉNYEINEK, OKÁNAK RÖVID LEÍRÁSA

NYILATKOZAT

(A sérült, hozzátartozója, szülő, gyám, személyesen jogosult megtenni)

- I. Gépjármű vezetőként nyilatkozom, hogy kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést, az egészséget károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam:
- igen nem
- II. Alulírott, sérült (kiskorú sérülése esetén szülő, gyám) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az MKB Általános Biztosító Zrt.:
1. A biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes és különleges személyes adataimat (egészségi adatok) kezelje.
 2. A szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.
 3. A jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a rendőrségi és ügyészégi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.
- III. Alulírott, sérült (kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám) a szolgáltatás elbírálásához a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizető helyeket a kárigénnyel kapcsolatban az MKB Általános Biztosító Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.
- IV. Alulírott, sérült (kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám) hozzájárulok ahhoz, hogy az MKB Általános Biztosító Zrt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. Hozzájárulok ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az MKB Általános Biztosító Zrt.-hez való továbbításához, valamint ahhoz, hogy a biztosító ezen orvosi és egyéb dokumentációról másolatot kapjon.
- V. Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:
-
-

Kelt:

.....
Sérült (szülő, gyám) aláírása

.....
Hozzártartozó aláírása (örökös)

Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, az annak megfelelő pont kihúzható.

Tisztelt Ügyfelünk!

Ez a kárbejelentő lap a bel- és külföldi forgalmi rendszámú gépjárművek által okozott, vagy saját hibából elszenvedett személyi sérüléssel vagy halálessel járó bejelentésekre szolgál. Az MKB Általános Biztosító Zrt. a gépjárművek kötelező-felelősségbiztosítása alapján azokat a károkat téríti meg a károsultnak, amelyekért a gépjármű üzemben tartója (vezetője) a magyar jog szerint felelősséggel tartozik, és társaságunk kezeli a károkozót ezen biztosítását. Az MKB Casco biztosítási feltételek szerinti biztosítottak a gépjármű vezetője és a baleset idején a gépjárműben utazó személyek. A balesettel kapcsolatos kárigényt kérjük, részletesen, írásban benyújtani az igényt alátámasztó dokumentációval együtt. Reméljük, hogy rövid tájékoztatónkkal segítségére lehettünk.

Tisztelettel:

MKB Általános Biztosító Zrt.